

# Une Récidive Inhabituelle D'un Améloblastome Folliculaire De La Mandibule

N.EL HAFIDI, K.M'FA, A.BAKHIL, A.BENBACHIR, Y.RIBAG,  
J.HAMAMA, K.ELKHATIB

Service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, Hôpital Militaire D'instruction Mohamed V, Rabat, Maroc

## Résumé:

L'améloblastome est une tumeur odontogène bénigne avec une incidence relativement élevée. Il se caractérise par une croissance lente mais persistante, une infiltration locale dans les tissus adjacents et des récurrences, cependant, les métastases sont rares. Il y a peu de rapports de cas d'améloblastome récurrent après plus de 30 ans. Nous rapportons un cas d'améloblastome récurrent après 40 ans, et nous discutons les caractéristiques cliniques et le traitement sur la base d'une revue de la littérature. La récurrence tardive de l'améloblastome au sein des parties molles environnantes n'est pas fréquente, dans notre cas, la récurrence était inhabituelle du fait que la lésion était située uniquement dans les tissus mous sans aucun lien apparent avec l'os mandibulaire ou le greffon iliaque. L'améloblastome doit faire l'objet d'un suivi à long terme, tout en tenant compte de son potentiel de récurrence aussi bien au niveau de l'os que des parties molles.

**Mots-clés:** améloblastome, récurrence, parties molles, os, chirurgie, radiothérapie

Date of Submission: 16-03-2023

Date of Acceptance: 01-04-2023

## I. Introduction

L'améloblastome est la tumeur odontogène d'origine épithéliale la plus fréquente avec une incidence élevée de récurrence locale même après une resection avec des marges contrôlées négatives [1]. Il se produit généralement dans la région molaire mandibulaire et se développe progressivement sans douleur. La plupart des cas sont diagnostiqués entre 30 et 60 ans, alors que la tumeur est rare chez les moins de 20 ans. Des différences géographiques et ethniques ont été décrites [2,3]. L'étiologie exacte de l'améloblastome n'est pas connue. Ainsi, la tumeur peut éventuellement être dérivée de l'émail, de la lamina, de la gaine de Hertwigs ou de l'épithélium d'un kyste odontogène [4]. La récurrence locale peut survenir dans la mandibule, dans les tissus mous et même dans les matériaux de reconstruction [1,2]. Nous présentons le cas d'une patiente qui a développé une récurrence locale d'un améloblastome épargnant la greffe osseuse, 40 ans après la lésion initiale. La littérature rapporte des cas extrêmement rares d'améloblastomes récurrents après plus de 30 ans. Dans le présent travail, nous rapportons un cas de récurrence tardive et discutons les caractéristiques cliniques et le traitement sur la base d'une revue de la littérature.

## II. Observation

Une patiente âgée de 60 ans, diabétique, opérée en 1980 pour un améloblastome mandibulaire gauche, avait bénéficié d'une mandibulectomie segmentaire interruptrice et d'une reconstruction par un greffon osseux non vascularisé de crête iliaque. En décembre 2020, la patiente consulte pour une tuméfaction sous mentale, indolore et augmentant de volume progressivement, évoluant depuis 2 mois, dans un contexte d'apyrexie et de conservation de l'état général.

L'examen exobuccal retrouve une tuméfaction de 7 cm de grand axe, de consistance molle, indolore, bien circonscrite et mobile, avec une anesthésie labiomentonnière du côté gauche [Figure1]. L'examen endobuccal était sans particularités avec des aires ganglionnaires cervicales libres. La TDM cervico-faciale a objectivé une masse sous mentale latéralisée à droite, de siège sous cutané, bien limitée, à contenu liquidien, multi cloisonnée avec certaines cloisons épaisses et irrégulières [Figure 2], avec intégrité de l'os mandibulaire et du greffon iliaque [Figure 3].

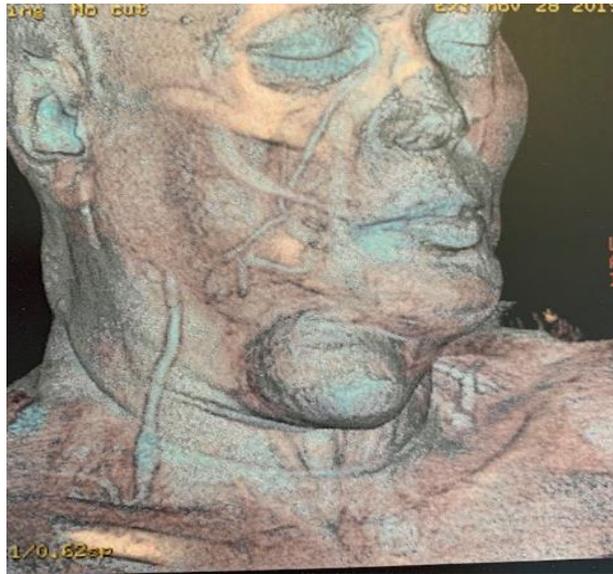


Figure 1: Reconstruction scannographique montrant une tuméfaction sous mentale latéralisée à droite (Reconstruction Cutanée)

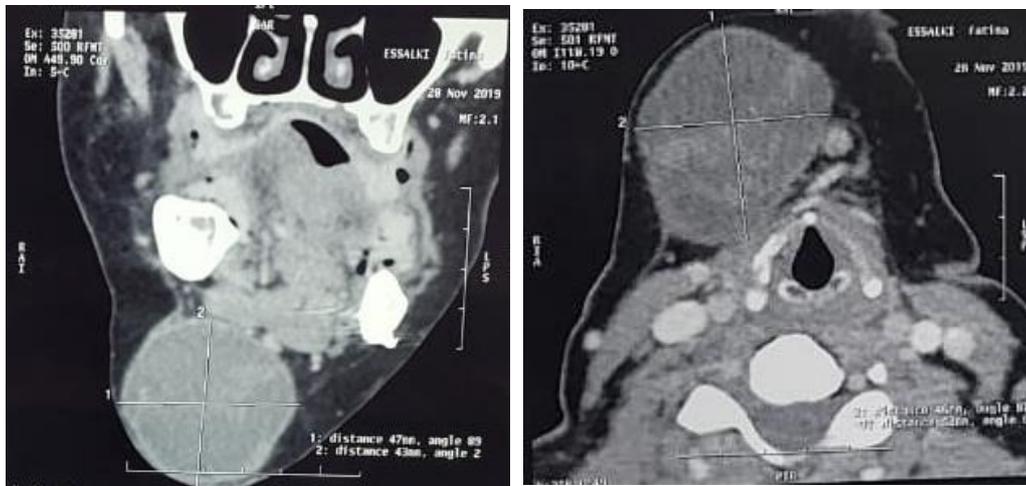


Figure 2: TDM en coupe frontale et axiale : Masse sous mentale droite, bien limitée de contenu liquidien, au niveau du tissu cellulo-graisseux sous cutanée

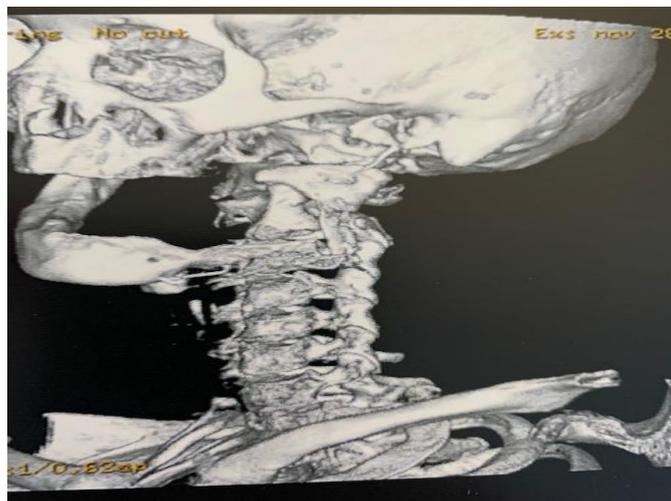


Figure 3: reconstruction 3D TDM : Respect de l'os mandibulaire et du greffon iliaque (Reconstruction 3D)

La patiente avait bénéficié d'une exérèse complète de la masse avec excision de la peau concernée. L'examen histopathologique a montré des lobules bien définis, bordés par un épithélium aux cellules basales cylindriques avec un centre riche en cellules fusiformes, disjointes, présentant une cavité kystique et un tissu conjonctif fibreux, en faveur d'une récurrence d'un améloblastome folliculaire.

### **III. Discussion**

Le taux de récurrence de l'améloblastome dépend de la méthode chirurgicale utilisée, à savoir la résection marginale, la résection segmentaire ou le curetage appuyé. Olaitan et al ont traité 264 patients atteints d'améloblastome et ont étudié 26 patients présentant une récurrence ; Ils ont rapporté que la récurrence au niveau de la mandibule était plus élevée que pour les maxillaires, plus de 80 % des récurrences étaient dans les 5 ans suivant la chirurgie primaire, et la chirurgie conservatrice a produit le plus de récurrences. [5] Hong et al ont examiné le suivi à long terme de 305 patients atteints d'améloblastome récurrent et ont trouvé une corrélation entre la récurrence et la méthode de traitement ou le type histopathologique [6]. De plus, Reichart et al ont examiné 3677 cas d'améloblastome et ont noté des taux de récurrence différents entre les variantes histologiques de l'améloblastome : l'améloblastome de type folliculaire semblait récidiver plus souvent que le type plexiforme [7].

Bien que la majorité des récurrences rapportées dans la littérature se soient développées dans les 5 ans, quelques cas sont réapparus après plus de 20 ans [8-9], avec seulement quelques cas extrêmement rares récurrents après plus de 30 ans [10-11].

Dans notre cas, la récurrence était inhabituelle du fait que la lésion récurrente était située uniquement dans les tissus mous sans aucun lien apparent avec l'os mandibulaire ou le greffon iliaque.

La récurrence de l'améloblastome après une résection chirurgicale n'est pas un événement rare, elle atteint un taux de 15% même après une résection chirurgicale carcinologique. Elle peut être attribuée à de nombreux facteurs tels que le sous-type histologique, les caractéristiques génétiques de la tumeur et le type de résection chirurgicale effectuée (conservatrice ou radicale). Elle peut survenir dans la partie restante de la mandibule, les tissus mous avoisinants et même envahir l'os utilisé pour la reconstruction, que ce soit sous forme de greffon, de lambeau pédiculé ou libre [12-13].

Graft, Stea, Vasan, Choi et Eckardt ont signalé des récurrences dans les greffes osseuses [14-15-16-17-18] tandis que Collings, Harrison et Marx ont présenté des récurrences des tissus mous [19-20]. Parmi les 21 cas d'améloblastome récurrent signalés par Olaitan, seulement quatre (19 %) se trouvaient dans les tissus mous, tandis que les 17 autres (81 %) étaient dans les os [21]. Dans une analyse multicentrique ultérieure réalisée par Arotiba, seulement quatre (13,3 %) des 30 cas d'améloblastome récurrents se trouvaient dans les tissus mous [22].

Ce patient illustre qu'il est possible qu'un améloblastome réapparaisse dans les tissus mous à proximité de la lésion d'origine. Si le périoste enveloppant la lésion d'origine a été rompu, une récurrence de la lésion dans les tissus mous environnants peut survenir des années après une chirurgie radicale [23].

Stea explique que la récurrence au sein des tissus mous peut provenir du moignon de la mandibule après la résection, des tissus mous adjacents ou de l'ensemencement per opératoire de la tumeur pendant la résection [15]. Compte tenu de la large exposition des tissus mous nécessaires à la résection de certaines tumeurs et du fait que la récurrence dans ce cas s'est produite loin de l'os, l'ensemencement per opératoire des cellules tumorales est la cause la plus probable dans ce cas de récurrence.

Certains auteurs ont proposé la radiothérapie pour certaines formes d'améloblastome. Akanimeia cité une étude qui a montré que la radiothérapie entraînait un taux de récurrence de 42% [24]. Gardner estime qu'il devrait être réservé aux lésions inopérables [25], tandis que Pinsolle et Michelet ont combiné la chirurgie avec la radiothérapie (50 Grays) pour les récurrences mandibulaires lorsque la première chirurgie était inadéquate, pour toutes les récurrences et lorsqu'il y avait des marges chirurgicales positives après une résection large [26]. Olaitan et al ont géré les récurrences comme pour les lésions primaires avec soin et un effort conscient pour prévenir d'autres récurrences [21]. Ces mesures comprennent l'exérèse complète de la masse et de la peau suspecte. Le cas rapporté a été géré par excision de toute la tumeur des tissus mous et de la peau concernée.

### **IV. Conclusion**

La récurrence de l'améloblastome impose une surveillance à long terme, même après une large résection, par un examen clinique méticuleux lors des visites de suivi, avec une palpation minutieuse de la mandibule et des tissus mous adjacents afin de détecter une éventuelle récurrence des parties molles avoisinantes, passant inaperçues au bilan radiologique.

## Références

- [1]. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, editors. WHO Classification of Tumour: Pathology and Genetics of Head and Neck Tumors. Lyon, France: IARC Press; 2005. World Health Organization. [Google Scholar]
- [2]. Larsson A, Almeren H. The jaw: An analysis of a consecutive series of all cases reported to the Swedish Cancer registry During 1958-1971. *Acta Pathol Microbiol Scand A*. 1978;86A:337-49. [PubMed] [Google Scholar]
- [3]. Sher M, Singh S. Age standardized incidence rates of ameloblastoma and dentigerous cyst on the Witwatersrand, South Africa. *Community Dent oral Epidemiol*. 1978;6:195-9. [PubMed] [Google Scholar]
- [4]. Levy SH. A text book of Oral Pathology. 4th ed. Geneva: WHO; 2010. World Health Organization. WHO Classification of Tumour: Pathology and 4; p. 277. Chapter 4. Cyst and Tumour of Odontogenic Origin. [Google Scholar]
- [5]. Olaitan AA, Arole G, Adekeye O. Recurrent ameloblastoma of the jaws. A followup study. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1998;27:456-60.
- [6]. Hong J, Yun PY, Chung IH, Myoung H, Suh JD, Seo BM, et al. Long-term follow up on recurrence of 305 ameloblastoma cases. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2007;36:283-8.
- [7]. Reichart PA, Philipsen HP, Ameloblastoma Sonner S. Biological profile of 3677 cases. *Eur J Cancer B Oral Oncol* 1995;31B:86-99.
- [8]. Choi YS, Asaumi J, Yanagi Y, Hisatomi M, Konouchi H, Kishi K. A case of recurrent ameloblastoma developing in an autogenous iliac bone graft 20 years after the initial treatment. *Dentomaxillofac Radiol* 2006;35:43-6
- [9]. Ferretti C, Polakow R, Coleman H. Recurrent ameloblastoma: report of 2 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2000;58:800-4.
- [10]. Hayward JR. Recurrent ameloblastoma 30 years after surgical treatment. *J Oral Surg* 1973;31:368-70.
- [11]. Belli E, Rendine G, Mazzone N. Ameloblastoma relapse after 50 years from resection treatment. *J Craniofac Surg* 2009;20:1146-9.
- [12]. Becelli R, Morello R, Renzi G, Matarazzo G, Dominici C. Treatment of recurrent mandibular ameloblastoma with segmental resection and revascularized fibula free flap. *J Craniofac Surg*. 2011;22(3):1163-5
- [13]. Shimizu K, Nomura J, Murata T, Tagawa T. Recurrent ameloblastoma in soft tissue. *Asian J Oral Maxillofac Surg*. 2003;15(1):56-9
- [14]. Graft ML, Sazima HJ, Parker FP, Rappaport I: Ameloblastoma occurring in previously placed iliac crest autograft: report of case. *J Oral Surg* 28: 288e291, 1970
- [15]. Stea G: Recurrence of ameloblastoma in the autogenous iliac bone graft. *J Oral Maxillofac Surg* 43: 374e377, 1985
- [16]. Vasan NT: Recurrent ameloblastoma in an autogenous bone graft after 28 years: a case report. *N Z Dent J* 91: 12e13, 1995
- [17]. Choi YS, Asaumi J, Yanagi Y, Hisatomi M, Konouchi H, Kohi K: A case of recurrent ameloblastoma developing in an autogenous iliac bone graft 20 years after the initial treatment. *Dentomaxillofac Radiol* 35: 43e46, 2006
- [18]. Eckardt AM, Kokemuller H, Flemming P, Schutze A: Recurrent ameloblastoma } following osseous reconstruction e a review of twenty years. *J Craniofac Surg* 37: 36e41, 2009
- [19]. Collings SJ, Harrison A: Recurrent ameloblastoma? An historic case report and review of the literature. *Br Dent J* 174: 202e206, 1993
- [20]. Marx RE, Smith BH, Smith BR, Fridrich Kh: Swelling of the retromolar region and cheek associated with limited mouth opening. *J Oral Maxillofac Surg* 51: 304e309, 1993
- [21]. Olaitan AA, Arole G, Adekeye EO: Recurrent ameloblastoma of the jaws. A follow-up study. *Int J Oral Maxillofac Surg* 27: 456e460, 1998
- [22]. Arotiba JT, Ajike SO, Akadir OA, Fasola AO, Akinmoladun VI, Adebayo ET, Okoje VN, Kolude B, Obiechina AE: Odontogenic tumours: analysis of 546 cases from Nigeria. *J Oral Maxillofac Surg* 6: 44e50, 2007
- [23]. Daramola JO, Ajagbe HA, Oluwasanmi JO. Recurrent ameloblastoma of the jaws — a review of 22 cases. *Plast Reconstr Surg* 1980;65:577-579
- [24]. Akanime RN: Resection of ameloblastoma and reconstruction of mandible. A case report. *Hawaii Dent J* 19: 9e12, 1988
- [25]. Gardner DG: Radiotherapy in the treatment of ameloblastoma. *Int J Oral Maxillofac Surg* 171: 201e205, 1988
- [26]. Pinsolle J, Michelet V: Treatment of ameloblastoma of the jaws. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 121: 994e996, 1995

N.EL HAFIDI., et. al. “ Une Récidive Inhabituelle D'un Améloblastome Folliculaire De La Mandibule.” *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, 22(3), 2023, pp. 49-52.